

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**René DEMAILLY**

Né à Lens, le 31 mars 1902  
Externe des Hôpitaux de Paris

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHRITES SUPPURÉES

DANS LA MALADIE DE PARROT

---

*Président : M. MARFAN, professeur.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—  
1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1927

---

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**René DEMAILLY**

Né à Lens, le 31 mars 1902  
Externe des Hôpitaux de Paris

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ARTHRITES SUPPURÉES

DANS LA MALADIE DE PARROT

---

*Président : M. MARFAN, professeur.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

---

1927



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie . . . . .                                                     | ROUVIÈRE.     |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .                                  | CUNÉO.        |
| Physiologie . . . . .                                                  | ROGER.        |
| Physique médicale . . . . .                                            | STROHL        |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                          | DESGREZ.      |
| Bactériologie. . . . .                                                 | LEMIERRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                 | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                        | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | SICARD.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      | LECÈNE.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        | ROUSSY.       |
| Histologie . . . . .                                                   | N.            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                            | TIFFENEAU.    |
| Thérapeutique . . . . .                                                | LOEPER.       |
| Hygiène . . . . .                                                      | Léon BERNARD. |
| Médecine légale . . . . .                                              | BALTHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                   | MÉNÉTRIER.    |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                         | RATHERY.      |
| Clinique médicale . . . . .                                            | CARNOT.       |
|                                                                        | BEZANÇON.     |
|                                                                        | ACHARD.       |
|                                                                        | WIDAL.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                   | MARFAN.       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBÉCOURT     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .              | JEANSELME.    |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                     | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                           | TEISSIER.     |
|                                                                        | DELBET.       |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                        | HARTMANN      |
|                                                                        | LEJARS.       |
|                                                                        | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                     | TERRIEN.      |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.       |
|                                                                        | COUVELAIRE.   |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     | BRINDEAU.     |
|                                                                        | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                | OMBRÉDANNE.   |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                              | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhine-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                          | DUVAL.        |
| Clinique propédeutique . . . . .                                       | SERGENT.      |
| Professeur sans chaire. . . . .                                        | BRANCA.       |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.  
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.  
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.  
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.  
 BINET . . . . . Physiologie.  
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.  
 BRULÉ . . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
 CHAMPY . . . . Histologie.  
 CHIRAY . . . . Pathologie médicale.  
 CLERC . . . . Pathologie médicale.  
 DEBRÉ . . . . Hygiène.  
 DUVOIR . . . . Médecine légale.  
 ÉCALLE . . . . Obstétrique.  
 FIESSINGER . Pathologie médicale.  
 GARNIER . . . Pathologie expérimental<sup>16</sup>  
 HARVIER . . . Pathologie médicale.  
 HEITZ-BOYER Urologie.

### MM.

HOVELACQUE . Anatomie.  
 I. de JONG . . Anatomie pathologique  
 JOYEUX . . . . Parasitologie.  
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.  
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.  
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.  
 LHERMITTE . Pathologie mentale.  
 LIAN . . . . . Pathologie médicale.  
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale  
 METZGER . . . Obstétrique.  
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOURE . . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON . . . . Histologie.  
 PHILIBERT . . Bactériologie.  
 RICHET Fils . Physiologie.  
 VAUDESCAL. Obstétrique  
 VERNE . . . . Histologie.  
 VELTER . . . . Ophtalmologie.

## III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.  
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

### MM.

RETTERER . . Histologie.  
 TANON . . . . Pathologie médicale.

## IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### A TITRE PERMANENT

| MM.                                            | MM.                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.             | LÉRI . . . . Clinique médicale.     |
| AUVRAY . . Clinique chirurgicale.              | LEPER . . . Clinique médicale.      |
| CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.            | PROUST . . . Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.         | SCHWARTZ . Clinique chirurgicale    |
| LEREBoullet. Clinique médicale in-<br>fantile. | MOCQUOT . . Clinique chirurgicale   |
| LE LORIER. . Clinique obstétricale.            | VILLARET . . Clinique médicale.     |

## V — CHARGÉS DE COURS

|                                |                                                                                                                                                |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | { Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du travail,<br>les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . .                  |                                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT. . . . .         | Stomatologie.                                                                                                                                  |
| LEDOUX-LEBARD . . . . .        | Éducation physique.                                                                                                                            |
|                                | Radiologie clinique.                                                                                                                           |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Membre de l'académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

*Que nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse. Qu'il  
veuille bien recevoir ici l'hommage de  
notre reconnaissance et de notre res-  
pectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

*Qui fut toujours pour nous un  
guide bienveillant, en hommage res-  
pectueux de notre reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT BROCA

Chef de Clinique des Maladies de la première enfance.

*Auquel nous sommes redevables du  
sujet de notre thèse, et qui voulut  
bien nous diriger dans notre travail,  
en témoignage de notre amitié et de  
notre gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES DEBRAY

Chef de Clinique des Maladies de la première enfance.

*En remerciements des conseils quo-  
tidiens qu'il voulut bien nous donner  
pendant notre séjour aux Enfants-  
Assistés.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

M. le Professeur LEJARS

M. le Professeur CHAUFFARD.

M. le Docteur MAUCLAIRE.

M. le Professeur LEMIERRE.

M. le Docteur RIBIERRE (*In memoriam*).

M. le Professeur GUILLAIN.

M. le Docteur LORTAT-JACOB.

M. le Professeur A. BROCA (*In memoriam*).

M. le Docteur LE NOIR.

M. le Professeur MARFAN.

M. le Professeur NOBÉCOURT.

M. le Docteur LÉVY-SOLAL.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
ARTHRITES SUPPURÉES  
DANS LA MALADIE DE PARROT

---

HISTORIQUE

Les lésions osseuses syphilitiques des nouveau-nés sont décrites pour la première fois par Burtin en 1810. Valleix en 1834, Bargioni en 1864 étudient plus spécialement la question, mais c'est à Parrot en 1872, que revient le mérite d'avoir systématisé les lésions anatomiques observées, d'avoir su les rattacher à un syndrome clinique bien défini, et d'avoir ainsi créé une entité pathologique tranchée : l'ostéo-chondrite syphilitique et pseudo-paralytique des nouveau-nés, ou maladie de Parrot.

Pour Parrot, la vérole héréditaire s'attaque électivement à l'extrémité conjugale de la diaphysé des os longs. Elle produit à ce niveau une zone de ramollissement et de nécrose aboutissant fréquemment à une disjonction diaphyso-épiphysaire. Les articulations voisines sont en général saines : on note cependant parfois la présence d'un exsudat puriforme péri-articu-

laire, ou même intra-articulaire, mais c'est une réaction irritative banale, presque mécanique qui n'a aucun rapport avec l'affection syphilitique causale.

Guéniot, puis Taylor en 1875 partagent la même conception. Schüller en 1883 et Lannelongue en 1895 s'en écartent au contraire, et, reprenant les idées de Valleix, font de ces abcès articulaires et péri-articulaires des abcès de nature syphilitique.

Thibierge à la Société d'Anatomie en 1888, rejette ces deux théories. Pour lui la syphilis ne peut être une cause de suppuration; celle-ci est toujours due à une infection secondaire d'origine cutanée. Dans la discussion qui suit cette communication, A. Broca et Jacquet avancent que ces abcès ne sont qu'une ostéo-myélite vulgaire. Betham Robinson en 1896, Kirmisson et Jacobson en 1897, rapportant plusieurs cas publiés par Somma quinze ans plus tôt, se rallient à cette thèse de l'infection secondaire nécessaire, à porte d'entrée cutanée : thèse que partageront plus tard Salomon en 1903, Ribadeau-Dumas en 1908, enfin L.-T. Royster en 1909.

En 1906, à l'occasion d'une très belle observation publiée dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, M. le Professeur Marfan s'élève contre cette manière de voir, trop exclusive à son sens, et avance que la syphilis peut provoquer à elle seule la formation de pus, de pus vrai, à polynucléaires, sans germes décelables, ni à l'examen direct, ni après culture sur les milieux usuels. Ces pyo-arthrites sont d'ailleurs, contrairement aux déclarations de Parrot, d'un pronostic

en général favorable. Les constatations qu'il fit à cette époque ont été par la suite confirmées par les observations publiées par M. Hallez en 1922, et enfin tout dernièrement par celles de MM. Zuber et Robert Broca. Nous avons pu recueillir nous-même un cas analogue dans le service de notre maître, le Professeur Marfan, cas qui sera relaté dans la suite de cette thèse.

## ETIOLOGIE

La maladie de Parrot, ostéo-chondrite syphilitique des nouveaux-nés, est relativement fréquente. Oberwarth en relève 12 cas dans sa statistique qui porte sur 236 cas où la syphilis héréditaire s'était manifestée de façons diverses ; ce qui représente environ 5 % des cas. On ne la rencontre en règle générale que dans les trois premiers mois de la vie. Henoeh en a cependant rapporté un cas chez un enfant de 8 mois.

Les suppurations para-articulaires qui peuvent l'accompagner, sont d'après Parrot, loin d'être l'exception. Elles expliqueraient pour lui ces attitudes anormales des membres fixés en demi-flexion, et en imposant à première vue pour de la contracture. Dans la littérature il n'en est cependant rapporté que peu d'exemples.

Il est souvent difficile de différencier ces pyarthroses de l'intumescence diaphysaire sous-jacente ; leur recherche peut être délicate, et elles sont souvent des trouvailles d'autopsie. Et comme, contrairement à l'avis de Parrot, ces abcès guérissent en général et sans laisser de traces, il arrive fréquemment qu'ils passent inaperçus ; ou bien qu'on ne leur réserve pas une place particulière dans le tableau clinique de l'ostéo-chon-

drite. C'est ainsi que certains auteurs n'ont fait que signaler du « gonflement des articulations » avec ramollissement ou même fluctuation, parfois même des fistules cutanées, le tout guérissant rapidement et complètement par le traitement antisypilitique.

Ces symptômes nous permettent parfois de soupçonner rétrospectivement l'existence de suppurations intra ou péri-articulaires dans certaines de ces observations où elles ne sont pas nettement indiquées. Nous avons pu ainsi trouver dans la littérature médicale 15 cas pouvant entrer légitimement dans le cadre de cette thèse : ceux de Valleix, Taylor, Comby, de Stefano (2 cas sur une statistique de 35 observations) Sutherland (9 cas sur 18 observations) Dembo et Foote.

Nous mettons à part les observations publiées par M. le Professeur Marfan ou par ses élèves, M. Haliez, R. Broca, Zuber, et une que nous avons pu recueillir dans le Service de notre Maître et qui seront citées *in extenso* au cours de ce travail. Il s'agissait d'arthrites suppurées au cours d'une maladie de Parrot : les épanchements purulents étaient aseptiques, sans aucun germe. Tous ces cas ont guéri rapidement sous l'influence du mercure ou des arsenobenzènes, sauf un (observation IV) qui concernait un enfant profondément infecté et où l'autopsie révéla de profondes lésions de broncho-pneumonie et de pyélo-néphrite.

## PATHOGÉNIE

De même que celle des pseudo-paralysies, la pathogénie des suppurations dans la maladie de Parrot, et en particulier des pyarthroses, a été très discutée.

Parrot expliquait la formation du pus de la façon suivante. En un stade secondaire de l'évolution de la maladie, les lésions diaphyso-conjugales d'abord purement hypertrophiques, se compliquent. Il y a destruction osseuse, qui frappe d'abord le tissu spongieux pour ensuite s'attaquer à l'enveloppe compacte elle-même sous forme de ramollissement gélatiniforme ou puriforme, ramollissement qui prépare puis réalise la disjonction diaphyso-épiphysaire. Puis, bien souvent « les parties périphériques se prennent, et, soit par le contact direct des liquidés morbides, après la destruction du cartilage ou du périoste, soit que le travail irritatif se propage aux parties molles du voisinage, les articulations, le tissu cellulaire et les muscles s'enflamment, suppurent, et déterminent un gonflement péri-articulaire qui constitue l'un des phénomènes cliniques les plus saillants de cette affection et l'un des signes les plus caractéristiques ». Ce travail irritatif provoqué par les petits séquestres détachés par le « processus atro-

phique » ou encore par le frottement l'une sur l'autre des surfaces osseuses ne peut se développer d'ailleurs que dans les périodes ultimes de la maladie.

Comme le faisait Wegner, Parrot considère donc les abcès articulaires et du voisinage comme secondaires, tardifs, de nature irritative et « purement accidentelle ».

Taylor, après avoir avancé que les articulations sont très rarement touchées par la syphilis osseuse des nouveau-nés, reprenant les observations d'arthrites suppurées publiées par Parrot, Valleix et Bargioni, explique ces arthrites par ce fait que la jonction diaphyso-épiphyssaire était très voisine de l'articulation malade, ou même y était comprise. Le pus n'est là encore qu'une réaction secondaire banale, due à une simple hyperémie de la synoviale.

Mais, rapidement, de nombreux auteurs s'aperçoivent que cette théorie irritative pure ne cadre pas avec de nombreux faits observés.

Thibierge d'abord en 1888, puis Heubner, Betham Robinson, Kirrison et Jacobson, Salomon, A. Broca, Hochsinger, Ribadeau-Dumas et P. Camus professent que ces suppurations sont toujours dues à des infections mixtes : les streptocoques ou staphylocoques ayant envahi secondairement les lésions ostéo-articulaires primitivement syphilitiques et non suppurées. Ils appuyent leur thèse par les arguments suivants.

C'est d'abord ce fait, souligné en particulier par Thibierge, puis par Kirrison et Jacobson, que l'on trouve fréquemment des lésions pyodermiques : pustules, ulcé-

rations, abcès sous-cutanés, dans les cas d'ostéo-chondrite syphilitique suppurée. Ces lésions cutanées ont servi de porte d'entrée à l'infection pyogène. Celle-ci ne serait pour A. Broca et Jacquet qu'une ostéo-myélite ordinaire. D'ailleurs, dans quelques cas, une ponction pratiquée avant l'ouverture de l'abcès à l'extérieur a permis d'isoler les agents microbiens banaux des supurations : le pneumocoque dans le cas de Salomon, le staphylocoque (Thibierge), le streptocoque (Ribadeau-Dumas et P. Camus). Dans quelques cas, rares il est vrai, Hochsinger, dont l'attention avait été éveillée par la coexistence d'une ophtalmie ou d'une vulvite blennorragique, a pu même déceler la présence du gonocoque. Par contre, malgré de nombreux frottis de moëlle et de multiples coupes pratiquées dans les os et dans les organes, Ribadeau-Dumas et Paul Camus n'ont jamais retrouvé le tréponème. De plus, s'il s'agissait de syphilis pure on trouverait un liquide ayant les caractères de celui qui vient des gommes ramollies : c'est-à-dire un liquide ne contenant que des débris cellulaires et des granulations graisseuses. Or, dans les observations de ces auteurs, il s'agissait de pus vrai, à polynucléaires.

Ces arguments, établis sur des faits bien précis, ont une valeur indéniable. Ils s'éclairent d'ailleurs à la lueur des conceptions modernes sur les périviscérites infectieuses entourant les organes présentant des lésions syphilitiques : un travail d'ostéogénèse intense, des lésions syphilitiques surajoutées, agissant un peu avec le mécanisme d'un abcès de fixation, voilà qui suffit à faire comprendre l'affinité de l'infection pour la

zone conjugale et juxta-conjugale des os longs. Mais ces arguments n'expliquent pas la totalité des faits observés ; et la suppuration du syphilome diaphyso-épiphysaire des nouveau-nés, de même que les pyarthroses et les abcès péri-articulaires qui lui succèdent peuvent se produire par l'action exclusive de la syphilis sans le concours d'une infection associée. Cette opinion avancée par le Professeur Marfan dès 1906 est appuyée sur une très belle observation que nous reproduisons dans la suite de cette thèse. Elle a été confirmée depuis lors par plusieurs cas publiés par ses élèves. On verra en lisant ces observations et celle que nous avons pu recueillir personnellement aux Enfants Assistés, que le pus de ponction des abcès articulaires peut être du pus vrai, à polynucléaires ; qu'il est en tous cas toujours complètement aseptique, amicrobien. Aucune lésion cutanée apparente ne pouvait servir de porte d'entrée ; il n'existait aucune atteinte gonococcique ; et les lésions ont guéri en général rapidement et totalement par le traitement spécifique, beaucoup plus rapidement que ne le font habituellement les suppurations septiques — quand elles guérissent. Car le pronostic de ces affections septiques mixtes est toujours grave : quand la collection s'ouvre et ne s'infecte que secondairement il se forme une fistule et la guérison peut survenir ; mais quand la collection s'infecte avant de s'ouvrir à la peau, c'est que l'on a affaire à une septicémie secondaire, si fréquente dans la cachexie hérédo-syphilitique du premier âge : c'est là une forme très grave, presque toujours mortelle.

Ce sont là autant d'arguments qui nous permettent d'affirmer l'existence d'arthrites suppurées syphilitiques se développant au cours de la maladie de Parrot. De nombreux travaux sont d'ailleurs venus consolider fortement la position prise par M. Marfan dès 1906 en démontrant qu'il existe des arthropathies aiguës suppurées dans la syphilis acquise (Société de Dermatologie, 1913) et que le pus de ces arthrites de la syphilis secondaire ou du tabès se montre toujours amicrobien aussi bien à l'examen direct qu'à l'ensemencement (Rougier, R. Dupont et E. Peyre). On fait des constatations analogues même dans les formes subaiguës ou chroniques des arthrites hérédo-syphilitiques. De nombreuses observations du Professeur Gaucher avait déjà établi que le tréponème est pyogène par lui-même ; il avait noté en particulier que les ostéites épiphysaires s'accompagnent généralement d'un épanchement intra-articulaire, habituellement peu abondant, parfois suppuré, sans l'intervention des microbes pyogènes banaux. Et il concluait par ces mots : « Ceci prouve que dans certaines circonstances le parasite propre de la syphilis peut devenir pyogène de même que le bacille de Koch et le bacille d'Eberth. » Nous nous rangeons complètement à cette opinion.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les abcès articulaires qui accompagnent la maladie de Parrot ont tous ce caractère commun d'avoir pour point de départ la suppuration du syphilome diaphysaire. Cette suppuration était d'ailleurs pour Parrot assez tardive, n'étant que l'aboutissant habituel des lésions typiques de l'ostéo-chondrite, à savoir :

1° Une couche de nouvelle formation, d'aspect mat et crayeux, à fibres perpendiculaires ou légèrement obliques à l'axe de l'os, entourant la diaphyse, et dont on peut arriver à la détacher par raclage. Cette coque compacte décroît rapidement d'épaisseur de l'extrémité épiphysaire où elle atteint 2 millimètres, à la région moyenne où elle est très mince et peut même faire défaut ;

2° La couche chondroïde est beaucoup plus haute que normalement ; elle est double et même quadruple que celle d'un os sain ; elle est molle et transparente ;

3° La zone chondro-calcaire, enfin, a un aspect caractéristique. Beaucoup plus haute qu'habituellement elle atteint 2 millimètres ; elle est de plus jaune grise ou blanchâtre, d'aspect crayeux. Sa limite est très onduleuse et dentelée. Elle est très friable.

Ce n'est qu'à une phase plus avancée de la maladie

qu'on rencontre ces « ramollissements puriformes » se présentant, écrit Parrot, sous l'aspect d'une matière jaunâtre qui d'abord infiltre le tissu spongieux diaphysaire, le désagrégeant, y creusant de véritables petites cavernes purulentes, et qui ensuite s'attaque à l'enveloppe compacte elle-même.

Cette fonte purulente rend rapide et facile la disjonction diaphyso-épiphysaire. La couche chondro-calcaire reste adhérente en totalité ou en partie au cartilage. Mais les deux portions de l'os sont encore unies d'une manière assez solide par leur enveloppe fibreuse, à l'intérieur de laquelle elles jouent librement : « la présence de ces « fausses articulations » avaient déjà frappé Valleix et Gueniot qui les avaient signalées.

Lepus issu du foyer conjugal peut suivre deux directions :

Ou bien il va perforer le périoste et gagner les régions voisines péri-épiphysaires et péri-articulaires, soulevant muscles et aponévroses. On le trouve alors fréquemment, collecté ou infiltré sous la peau, dans le tissu cellulaire qui entoure les muscles.

Ou bien le pus va s'étendre du côté de la surface articulaire de l'épiphyse, souvent après avoir ulcéré et percé cartilage conjugal et épiphyse, comme le fait a été rapporté par Bargioni, Thibierge, Ribadeau-Dumas et Paul Camus (les observations de ces derniers auteurs concernant d'ailleurs des cas à infection mixte). Il en résulte alors des arthropathies suppurées.

Les abcès articulaires et les collections extra-articulaires peuvent, d'après M. Marfan, exister isolément ou

coïncider : dans ce cas les deux foyers peuvent communiquer ou être entièrement séparés.

Le pus retiré de ces abcès n'a pas un aspect caractéristique. Tantôt louche et rosé, ou jaune brun ; tantôt blanc jaunâtre ou verdâtre ; il est en général crémeux, sans odeur spéciale. Les premiers observateurs avaient déjà été frappés par sa nature particulière.

Bargioni, Parrot, Taylor n'y avaient trouvé que des granulations graisseuses réfringentes, quelques globules fusiformes à noyaux ratatinés, en pycnose : en somme des globules purulents en voie de formation et des éléments figurés de la moelle. M. Marfan se plaçant plus particulièrement sur le terrain bactériologique, montra le premier que ce pus pouvait être du pus vrai, riche en fibrine, contenant des polynucléaires neutrophiles, et malgré cela absolument stérile, ne renfermant aucun germe décelable par les moyens usuels de laboratoire : examen direct, colorations spéciales pour la recherche du tréponème, cultures sur milieux divers, inoculations au cobaye. Plus tard Hallez, R. Broca ont apporté de nouveaux cas à l'appui de cette opinion, qui a été confirmée par le nouvel exemple que nous avons pu recueillir dans le service de notre maître, le professeur Marfan.

La présence d'un pus stérile à polynucléaires dans l'articulation n'a rien d'ailleurs qui puisse surprendre si l'on considère les lésions cartilagineuses et osseuses siégeant au niveau des surfaces articulaires et qui sont presque de règle. Parot (obs. IX) avait déjà observé la disparition par nécrose du cartilage recouvrant la sur-

face articulaire d'un cubitus, disparition qui mettait à nu le tissu spongieux de l'os infiltré par le pus. M. Marfan signala l'aspect rouge et injecté de la synoviale, l'altération du cartilage, sa couleur jaune ambrée, sa consistance nettement plus molle qu'à l'ordinaire : l'examen histologique lui avait montré une dégénérescence graisseuse des cellules cartilagineuses, avec parfois une prolifération de celles qui sont les plus voisines de la surface.

L'examen des coupes que nous avons pu faire (Obs IV) grâce à l'obligeance du Dr Jacques Debray, nous a permis d'observer les mêmes faits. Il nous a montré le pourtour de la masse cartilagineuse d'une tête humérale irrégulier, sinueux, comme déchiqueté par endroits ou entamé, à l'emporte-pièce. Cette masse est en certains points pénétrée, parfois assez profondément, par des axes vasculo-conjonctifs déterminant autour d'eux une réaction histologique spéciale : au niveau de cette pénétration les cellules cartilagineuses se multiplient abondamment, s'hypertrophient parfois d'une façon considérable ; leurs capsules viennent en contact par disparition de la substance fondamentale, s'ouvrent souvent les unes dans les autres ; puis les cellules, très gonflées, subissent une dégénérescence granuleuse et finissent par ne plus être reconnaissables.

La ligne d'ossification est irrégulière et les vaisseaux médullaires pénètrent dans la masse cartilagineuse — ces dernières lésions ne se différencient d'ailleurs guère des lésions rachitiques banales que par l'absence de formation du tissu spongioïde.

Le tissu péri-articulaire participe à ce processus inflammatoire, qui paraît avoir eu une marche assez rapide. Les zones conjonctives péri-vasculaires sont infiltrées de nombreuses cellules jeunes, arrondies. Autour des capillaires on trouve quelques plasmocytes, avec ébauche de matière chromophile en rayons de roue. Par endroits sont visibles des lésions très nettes d'endartérite, voisinant avec des îlots de nécrose et de pus. Nulle part on ne peut déceler de micro-organismes.

Ces lésions articulaires importantes histologiquement comme du point de vue macroscopique, ne sont pas d'ailleurs une exception. Dans le cas qui nous est particulier, l'autopsie n'a fait que confirmer les données de la radiologie. Auparavant Dembo, Hallez, R. Broca avaient observé des destructions parfois assez étendues du pourtour articulaire et même de l'épiphyse toute entière d'un os long (obs. V). Le plus habituellement elles consistent en une échancrure, une cupule plus ou moins irrégulière, entamant l'ombre de la tête articulaire.

De l'ensemble des observations que nous avons pu recueillir de suppurations articulaires accompagnant la maladie de Parrot, il apparaît que ces suppurations n'attaquent généralement qu'une seule articulation, et le plus souvent l'épaule. Dans les 11 cas que nous publions d'autre part, nous trouvons en effet 9 cas d'abcès uni-articulaires contre 2 cas d'abcès pluri-articulaires. Dans le premier de ces 2 cas, les deux genoux étaient pris (obs. I), dans le second (obs. V) le genou et le poignet étaient atteints à la fois. Parmi les 9 obser-

ventions de monoarthrite on relève la suppuration de l'épaule, avec une fréquence remarquable, dans 7 cas. Les 2 autres cas concernent des arthrites de l'articulation du coude. L'opposition qui existe entre l'unité habituelle de la localisation articulaire et la pluralité des lésions d'ostéo-chondrite de la syphilis héréditaire est un fait intéressant à noter.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Publiée par M. le Pr Marfan dans la *Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance*, mai 1906.)

Enfant de 6 semaines vu le 6 juillet 1905. C'est un premier enfant, né à terme pesant 3 kgr. 600 le dixième jour de sa vie. Il a été nourri au sein et jamais n'a présenté de troubles digestifs. Vers le quinzième jour il devient inerte, ne remue plus les membres ; il refuse le sein. Les jours suivants se passent dans des alternatives d'amélioration et d'aggravation. A 6 semaines il pèse 3 kgr. 500.

Quant on l'examine on est d'abord frappé par l'aspect de sa peau, qui est sèche, ridée, flottante surtout sur les membres.

Aux membres inférieurs les jambes des deux côtés sont fléchies sur la cuisse, leur extension est impossible. Les genoux sont énormes, globuleux, formant contraste avec la maigreur de la jambe et de la cuisse. Ils sont de volume d'une grosse pêche ; la peau qui les recouvre est pâle et mince, sans infiltration ; fluctuation nette à la palpation. C'est un épanchement intra-articulaire distendant en haut et en bas les culs-de-sac synoviaux. Les tissus péri-articu-

lares ne paraissent pas infiltrés, mais plutôt amincis. Les membres inférieurs n'ont presque pas de mouvements spontanés. Leur exploration ne provoque qu'une douleur modérée.

Aux membres supérieurs on note une impotence ayant des caractères de la maladie de Parrot : le membre est flasque, inerte, allongé sur le côté du tronc, le coude légèrement fléchi, la main en pronation ; les doigts repliés dans la paume. Les doigts sont agités de mouvements qui prouvent que l'immobilité du membre n'est pas de nature paralytique. Cette pseudo-paralysie est moins marquée à droite. Les articulations sont normales ; mais de chaque côté, à l'extrémité inférieure de l'humérus, on trouve une tuméfaction dure, surtout développée en arrière, mais appréciable aussi en avant et presque aussi grosse qu'une noix ; au niveau de cette tuméfaction, la pression réveille les cris de l'enfant.

On ne décèle aucun décollement épiphysaire sur aucun des quatre membres. La température est normale ; elle l'a toujours été par la suite.

On ne trouve aucun stigmate de syphilis chez l'enfant. La mère est maigre et pâle, mais n'a pas la syphilis. On n'a aucun renseignement sur le père.

Trois ponctions successives ont été pratiquées, qui ont donné issue à un pus séreux, légèrement rosé, qui s'est montré riche en fibrine après centrifugation. L'examen microscopique y a décelé des leucocytes polynucléaires neutrophiles, mais pas de micro-organismes ; la recherche du tréponème pallidum, pratiquée avec le liquide de Marino a été négative. Les cultures sur les milieux usuels sont restées stériles.

Devant ces faits on institue un traitement mercuriel dès le premier jour : frictions quotidiennes avec 2 grammes d'onguent mercuriel. L'amélioration est immédiate ; elle est sensible dès le troisième jour du traitement. Les genoux diminuent de volume, les mouvements spontanés reparaissent : les mouvements provoqués, moins douloureux, sont plus étendus.

Une radiographie faite le 13 juillet, c'est-à-dire après six jours de traitement montre :

Au genou droit, une grosse distension de l'articulation : les surfaces articulaires sont séparées par une distance de 3 centimètres. Il paraît y avoir un léger décollement de l'épiphyse tibiale. On note en outre un dépôt ostéophytique à la partie postéro-inférieure de la diaphyse fémorale. L'extrémité diaphysaire du tibia paraît plus grosse et plus claire qu'à l'état normal.

Au coude gauche les ombres diaphysaires sont très élargies et plus claires qu'à l'état de santé, mais il n'y a pas de décollement des épiphyses.

Les semaines suivantes les lésions continuent à diminuer en même temps que l'état général s'améliore et le 10 septembre, c'est-à-dire après deux mois de frictions ininterrompues, l'enfant est complètement guéri. Cette guérison s'était maintenue parfaite quand l'enfant fut revu à l'âge de 9 mois. Une radiographie faite à cette époque a montré le retour complet des os à l'état normal.

## OBSERVATION II

(Cas présenté par M. le Dr Hallez à la Société de Pédiatrie,  
le 20 juin 1922.)

L... Jacqueline, est née le 3 février 1922, un peu avant terme, pesant 3 kgr. 750 ; la grossesse avait été normale, l'accouchement par le sommet s'est passé sans incidents. L'enfant a été nourrie au sein maternel dès la naissance. Un premier enfant serait mort de la grippe à 11 mois ; le père est rhumatisant ; la mère assez fatiguée, maigre et anémiée ; elle n'a pas eu de fausses couches.

Le 1<sup>er</sup> mars 1922 l'enfant est adressée par M. Veau à la consultation de M. le Dr Marfan, il s'agit en effet d'une tuméfaction douloureuse de l'épaule gauche, qui ne paraît pas réclamer de traitement chirurgical. L'enfant, à 4 semaines, pesant 3 kilogrammes, est dans un état de dénutrition avancée (hypothrepsie du 2<sup>e</sup> degré), bien que nourrie au sein et ayant pris ce jour là une première tétée de 150 grammes. Constipation légère, pas de vomissements. Pas de fièvre ; miliaire rouge infectée sur le tronc et sur l'abdomen ; rate non accessible ; pas de cranio-tabès ; pas de ganglions sus-épi-trochléens, mais adénopathie axillaire gauche. Bouche et gorge normales. Auscultation normale. La malade crie dès qu'on la touche ; le membre supérieur gauche est en extension le long du tronc, la main est en pronation accusée, et reste relativement inerte alors que l'autre bras s'agite.

Cette impotence douloureuse n'est pas d'origine paralytique, car l'avant-bras et la main sont animés de petits mouve-

ments spontanés. L'extrémité supérieure du bras gauche est le siège d'une tuméfaction un peu globuleuse ; il existe en même temps un certain degré d'atrophie musculaire du deltoïde et des muscles de la région antéro-interne du bras. La peau est tendue mais de coloration normale. Les mouvements passifs et la palpation de l'épaule sont nettement douloureux ; il semble qu'il n'y ait ni disjonction, ni fracture.

On conseille de faire prendre XV gouttes par jour de lactate de mercure au 1/1000 et de faire une série de quinze frictions à l'onguent Napolitain (loco-dolente une fois sur deux).

Le 8 mars, état stationnaire de l'épaule : poids 2 kgr. 950. Une radiographie de face des deux articulations scapulo-humérales (pratiquée par le Dr Barret) montre à gauche une extrémité diaphysaire supérieure élargie, déformée, à contours irréguliers avec une zone de densification qui s'arrête un peu avant la limite diaphyso-épiphysaire, et une zone de décalcification marquée immédiatement au-dessus.

Sur le contour externe, une bandelette d'ombre distincte paraît correspondre au périoste épaissi ou soulevé par une collection. Sur le contour correspondant à l'extrémité supérieur de l'humérus, on observe une encoche à dessins flous et irréguliers, offrant l'aspect d'une perte de substance. L'interligne articulaire de l'épaule est nettement élargi, lorsqu'on le compare à celui du côté sain.

Le 14 mars, la mère déclare que, depuis 3 jours, l'enfant salive énormément et a un peu de diarrhée mucogrumuleuse. On supprime les gouttes de lactate. La palpation de l'épaule paraît moins douloureuse, mais la tuméfaction est plus marquée ; rénitence nette de la partie antéro-supérieure, au-dessus

de la gouttière bicipitale. Une ponction exploratrice en ce point ramène un pus épais, crémeux, jaune verdâtre. L'examen direct et l'ensemencement sur milieux usuels montre qu'il s'agit d'un pus amicrobien, et l'inoculation au cobaye a prouvé ultérieurement qu'il n'y avait pas de bacilles de Koch dans la partie prélevée. Polynucléaires altérés et quelques mononucléaires.

Cuti-réaction négative.

Réaction de Bordet-Wassermann partiellement positive, négative chez le père.

Le 25 mars : poids 3 kgr. 330. Diminution considérable de la fluxion articulaire de l'épaule ; l'enfant remue plus volontiers le bras, palpation indolore.

Depuis cette date, amélioration progressive de l'état général et local.

On fait une série d'injections sous-cutanées de sulfarsenobenzol (22 centigrammes en 5 injections).

Le 26 avril : poids 4 kgr. 400. Epaule normale, mouvements spontanés presque aussi étendus qu'à droite. Palpation normale.

Bon état de nutrition, persistance d'une diarrhée légère, muco-grumeleuse.

Le 25 mai ; poids 5 kgr. 300. Il persiste une légère atrophie musculaire de l'épaule et du bras. Le Dr Bourguignon qui veut bien pratiquer un électro-diagnostic communique cette note : Pas de R. D. Le vaste externe et l'extenseur commun sont sensiblement normaux, tandis que le deltoïde et le biceps ont des chronaxies nettement trop grandes : il s'agit d'atrophie musculaire réflexe abarticulaire.

Légère répercussion sur le deltoïde droit.

Le 19 juin : 5 kgr. 750. Une deuxième série de frictions a dû être interrompue à cause de la réapparition d'une diarrhée légère. Néanmoins l'enfant ne présente plus rien d'anormal à l'examen clinique et les mouvements des deux membres supérieurs sont de même amplitude.

La dernière radiographie montre : une diminution très appréciable des irrégularités du bord interne de l'os, le retour vers l'état normal de l'extrémité supérieure de la diaphyse. Il persiste une légère décalcification et le point d'ossification au niveau de la tête humérale n'est pas visible.

### OBSERVATION III

(Cas présenté par M. Robert Broca à la Société de Pédiatrie du 21 décembre 1926.)

Enfant âgé de 7 semaines, observé dans le service de M. Marfan à l'Hospice des Enfants Assistés par M. Robert Broca.

C'est un premier enfant, né à terme, pesant 3 kgr. 250, nourri au sein. La mère, en apparence bien portante, n'a pas eu de fausse-couche.

Le 2 octobre 1926, la mère amène son enfant, âgé de 7 semaines, parce que depuis 8 jours elle a constaté qu'il ne remuait presque plus le bras droit, que l'épaule augmentait peu à peu de volume, que d'autre part la jambe gauche était fléchie sur la cuisse, laquelle ne remuait presque plus.

A l'examen on constate que le bras est en abduction et l'avant-bras en pronation.

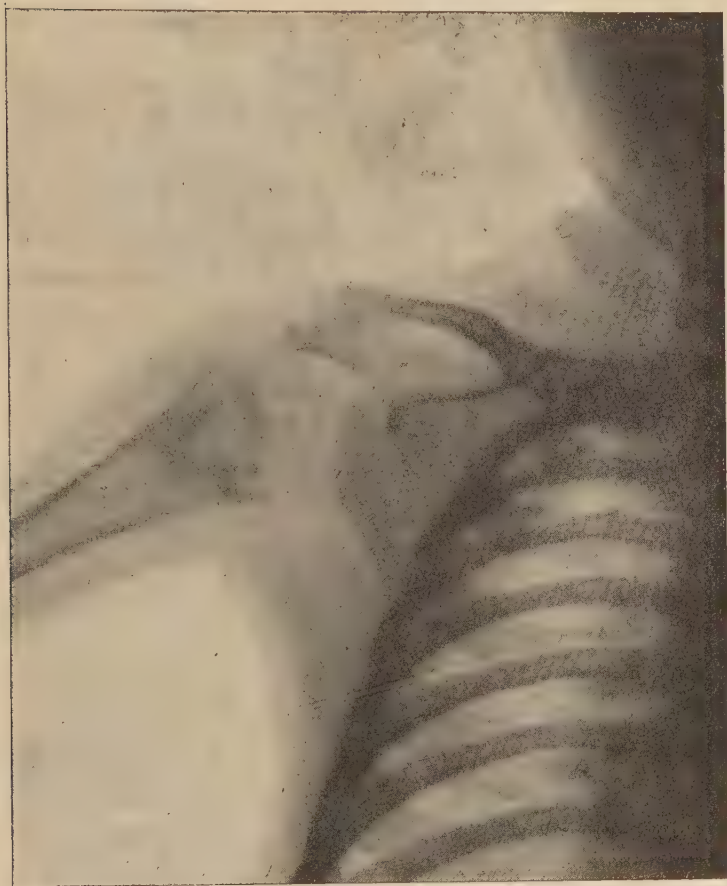
L'épaule droite est nettement plus globuleuse que celle du côté opposé, mais il n'y a pas d'aspect inflammatoire de la



Observ. III. — Epaule gauche (normale).

région. A la palpation l'épaule droite est douloureuse et l'on a une sensation de fluctuation au niveau de l'articulation scapulo-humérale. La cuisse gauche est impotente, en demi-

flexion. Mais on ne constate pas d'empatement au niveau de l'articulation ou des os voisins.



Observ. III. — Epaule droite.

La température oscille aux environs de 38°-39° paraît-il.  
Ce jour-là elle était de 37°6.

L'enfant est normalement constitué. Poids 4 kgr 350 La

R. Demailly

rate est un peu augmentée de volume, mais il n'y a ni gros foie, ni adénopathie sus-épitrochléenne, ni coryza, ni lésions cutanées, ni de malformations. L'enfant vomit après chaque têtée depuis sa naissance. Il est constipé. Depuis quelques jours, il boit beaucoup moins bien.

On pratique une ponction de l'articulation de l'épaule droite. On retire un centimètre cube de pus jaune, mal lié. L'examen de ce pus sur lames ne montre aucun microbe. Rien ne pousse après son ensemencement sur les milieux usuels. On met l'enfant aux frictions mercurielles.

Le 8 octobre 1926, l'enfant a eu trois frictions, M. Marfan revoit le malade. Son état s'est très légèrement amélioré. L'articulation est un peu moins grosse, la température est à 37°5.

Le 16 octobre, l'enfant a eu 8 frictions. Son état est nettement amélioré. L'articulation est encore grosse mais moins douloureuse. La cuisse gauche est moins immobile.

Le 20 novembre : l'épaule craque encore, mais l'enfant remue bien le bras et la cuisse. Il porte la main à la bouche. On remet l'enfant aux frictions. Le 27 novembre : l'enfant remue bien son bras et son membre inférieur. Il a eu en tout trente frictions.

La guérison complète, sous l'influence du traitement spécifique, de cette arthrite purulente compliquant la maladie de Parrot est d'autant plus remarquable que l'examen radiologique montrait des lésions profondes de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Voir les radiographies.*)

#### OBSERVATION IV (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Marfan).

Ach. Georges, né le 30 septembre 1923 est amené à l'Hospice des Enfants-Assistés le 1<sup>er</sup> octobre 1923. Sa taille est de 47 centimètres, son poids de 2 kgr. 760 ; sa naissance semble donc avoir été légèrement prématurée. A cette époque l'enfant ne présente aucun symptôme caractéristique : sub-ictère léger, un peu d'érythème du siège, petit œdème sus-pubien et des mollets.

On ne trouve aucun signe d'hérédité spécifique : ni grosse rate, ni adénopathie, ni lésions cutanées ou muqueuses, ni coryza. Le crâne est bien ossifié, le thorax, quelque peu infundibuliforme. La sage-femme qui a amené l'enfant, ayant déclaré que le médecin accoucheur le considérait comme suspect de syphilis (probablement à cause de l'aspect et du poids du placenta) on pratique une réaction de Wassermann et de Hecht qui toutes deux se montrent négatives.

Pendant les trois semaines qui suivent son entrée dans le service l'enfant sans présenter de troubles digestifs, perd du poids constamment et passe du poids de 2 kgr. 760 le 1<sup>er</sup> octobre à celui de 2 kgr. 470 le 25 octobre. Aussi devant cette dénutrition continue que rien ne peut expliquer, malgré l'absence de symptômes cliniques, malgré l'absence de signes biologiques d'hérédosyphilis, l'enfant est-il soumis à un traitement par le métarsenobenzol. Du 25 octobre au 12 novembre il reçoit huit centigrammes de ce médicament, par la voie sous-cutanée. Immédiatement la dénutrition s'arrête

et le poids passe de 2 kgr.420 à 3 kgr. 200, bien que l'enfant tousse un peu et présente quelques râles de bronchite à l'auscultation.

Brusquement le 12 novembre on s'aperçoit, en le posant sur la table d'examen, que l'enfant présente une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, qui reste immobile, allongé le long du thorax, l'avant-bras en demi-pronation. Cette impotence n'est pas complète et l'on note parfois de petits mouvements spontanés de très faible amplitude, prouvant qu'il n'y a pas de paralysie vraie. La palpation, non douloureuse, révèle du gonflement de l'extrémité supérieure de l'humérus et de son extrémité inférieure. Quatre jours après, une pseudo-paralysie ayant les mêmes caractères apparaît au membre supérieur droit, avec gonflement des extrémités de l'os.

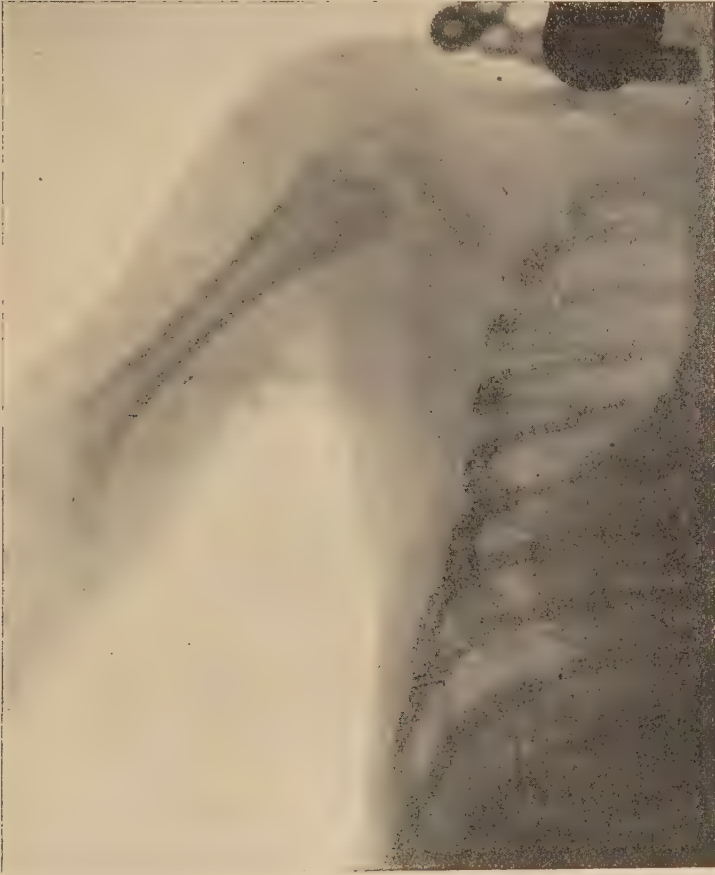
Une radiographie pratiquée à cette époque montre un élargissement des épiphyses, qui paraissent plus claires qu'à l'état normal ; pas d'ostéophytes, pas de lésions articulaires.

On effectue de nouveau les réactions de Wassermann et Hecht dans le sang, le 16 novembre : cette fois elles se montrent franchement positives.

Le traitement anti-syphilitique, en suspens depuis le 12 novembre est repris le 18 novembre ; il consiste en l'administration par la bouche de 18 gouttes par jour d'une solution au 1/1000<sup>e</sup> de lactate d'hydrargyre. Malgré cela, trois jours plus tard l'impotence fonctionnelle paraît totale : les membres reposent inertes sur le plan du lit ; quand l'enfant est soulevé par les aisselles, les membres inférieurs pendent verticalement, immobiles.

En même temps que les signes pseudo-paralytiques, étaient

apparus des signes de pyélonéphrite et de broncho-pneumonie diffuse. L'enfant, de teint blafard, présentait une infiltra-



Observ. IV. — Epaule droite.

tion œdémateuse des jambes et de la paroi abdominale, une hydrocèle unilatérale gauche ; ses urines contenaient de l'albumine et du pus. A l'auscultation on notait dans toute la

moitié inférieure du champ pulmonaire gauche puis à la base droite, des râles muqueux à bulles fines ; cependant que la température, irrégulière, ne dépassait pas 37°5, 37°6. Le 27 novembre ces signes pulmonaires sont moins marqués. Mais l'œdème s'est généralisé infiltrant la paroi abdominale en bourrelets, bouffissant la face ; la courbe du poids s'est élevée brusquement de 3 kg. 200 à 3 kg. 600. En même temps apparaissait du muguet buccal. Le 30 novembre les œdèmes moins étendus, persistent cependant, de même que les signes pulmonaires. Les urines ne sont plus albumineuses. Mais l'état général est mauvais ; le muguet s'est aggravé, la pseudo-paralysie est toujours complète. Le coude et l'épaule droites paraissent plus tuméfiés, sans qu'on puisse y déceler aucun point fluctuant. On pratique une radiographie qui montre un niveau des extrémités diaphysaire de l'humérus droit, l'existence d'une mince coque de nouvelle formation. Elle décèle en outre des lésions destructives marquées de la tête humérale qui présente à son pourtour supéro-externe une échancrure semi lunaire, à bords irréguliers. (*Voir la radiographie.*) Les surfaces articulaires ont gardé leurs rapports normaux : on ne note pas la présence d'un épanchement intra-articulaire.

Les jours suivants, l'enfant se cachectise de plus en plus, ne boit presque plus et meurt le 3 décembre avec une recrudescence de ses œdèmes.

L'autopsie, outre des lésions étendues de broncho-pneumonies et de pyélonéphrite, révèle la présence dans l'articulation scapulo-humérale droite d'un dé à coudre d'un pus crémeux et grisâtre.

L'examen histologique pratiqué par M. J. Debray montre :

1° dans le tissu péri-articulaire de l'épaule la présence de nombreuses cellules jeunes, arrondies, infiltrant le tissu conjonctif péri-vasculaire ; des zones de nécrose et de pus ; quelques plasmocytes avec ébauche de matière chromophile en rayons de roue, disposés autour des capillaires.

Au niveau du coude on note des lésions très nettes d'endarterite. On ne peut trouver aucun micro organisme même dans les régions purulentes.

2° La tête humérale présente un pourtour irrégulier, sinueux. Au niveau de la ligne d'ossification on note une irrégularité du cartilage et sa pénétration par les vaisseaux médullaires — disposition qui ne se différencie guère des lésions rachitiques banales que par l'absence de formation de tissu spongioïde. En dehors de cette ligne, le pourtour de la masse cartilagineuse de la tête est par endroits déchiqueté ou entamé comme à l'emporte-pièce. On trouve également en certains points des traces d'infiltration leucocytaire en dehors du cartilage lui-même ; cette infiltration étant elle-même en pleine dégénérescence, les caractères des leucocytes sont de ce fait bien difficiles à préciser. En certains points la tête cartilagineuse est pénétrée, parfois assez profondément, par des axes vasculo-conjonctifs, déterminant autour d'eux une réaction cartilagineuse spéciale : au niveau de leurs points de pénétration, les cellules cartilagineuses se multiplient abondamment, s'hypertrophient considérablement ; leurs capsules viennent au contact les unes des autres par disparition de la substance fondamentale, s'ouvrent souvent les unes dans les autres. Puis les cellules très gonflées, subissent une dégénérescence granuleuse et finissent par n'être plus reconnaissables.

### OBSERVATION V

(Publiée par L.-H. Dembo, H.-A. Lichtfield et J.-A. Foote, *Journal of the Amer. Med. Ass.*, 4 février 1922, 78, p. 319.)

Observation VIII. — T. J..., petite négresse, âgée de quatre semaines a été admise à l'hôpital le 23 septembre 1921, avec un gonflement du genou droit et une fièvre légère. L'enfant prenait bien sa ration et ne présentait pas de diarrhée.

L'examen clinique révéla une tuméfaction marquée de l'articulation du genou droit, avec rougeur, ramollissement et fluctuation. On remarquait quelques papules sur la face, mais l'enfant ne portait aucun stigmate défini de spécificité.

L'examen radiologique montra un processus destructif intéressant l'extrémité distale du fémur droit.

Au bout de quelques jours l'affection se propagea au bras droit : on nota au niveau du poignet du gonflement et du ramollissement. Une radiographie fit découvrir une destruction étendue de tout le radius droit.

Le Wassermann était négatif dans ce cas, mais les lésions osseuses constatées étaient fortement suggestives d'un processus syphilitique. Aussi l'enfant fut-elle soumise à un traitement anti-syphilitique et elle est actuellement beaucoup améliorée, bien qu'encore en observation

### OBSERVATION VI

(Cas observé par M. Zuber et rapporté par M. Robert Broca, Société de Pédiatrie, 21 décembre 1926).

L'enfant M. O., âgé de 40 jours; est présenté à la consultation de l'Hospice des Enfants-Assistés le 22 décembre 1924

parce qu'il crie depuis quelques jours dès qu'on le remue, il présente une tuméfaction douloureuse de l'épaule droite avec immobilisation complète du bras.



Observ. VI. — Epaule droite.

C'est un premier enfant. La mère n'a pas fait de fausse-couche. L'enfant est né à 8 mois 1/2 pesant 3.000 grammes, le

placenta 550 grammes (?). Mis au sein exclusivement pendant un mois, puis à l'allaitement mixte.

Le 22 décembre, à 40 jours il pèse 2.820 grammes.

À l'examen, on constate : Bras droit complètement immobile, cris au moindre mouvement provoqué. Epaule déformée, articulation tendue et douloureuse au palper, donnant la sensation nette de liquide intra-articulaire (pas de ponction exploratrice).

Léger œdème du dos de la main.

Mauvais aspect de l'enfant. Teint jaune maïs. Coryza. Erythème fessier. Foie gros. Rate grosse et dure. Léger strabisme convergent, quelques vomissements. Bordet-Wassermann et Hecht positifs. Chez la mère le B. W. est positif.

La radiographie montre : une articulation distendue par du liquide qui écarte les surfaces articulaires et masque l'état de la tête humérale.

Traitement : frictions mercurielles.

Le 29 décembre 1924 : poids 2.920 grammes. L'articulation n'est plus tendue. Les mouvements provoqués sont douloureux et s'accompagnent de craquements.

Le 12 janvier 1925 : Poids 3.100 grammes. L'enfant ne vomit plus. Disparition du liquide. Quelques mouvements spontanés du bras.

Deuxième radiographie : tache d'ostéo-chondrite dans la tête humérale droite. Une autre est apparente à l'extrémité inférieure de l'humérus gauche.

Le 19 février 1925. Poids 3350 grammes. Après 13 frictions mercurielles, l'enfant remue assez bien le bras quand on le pince.

Le 23 février 1925, Poids 3.900 grammes. Après une deuxième série de 15 frictions, l'enfant remue le bras, mais ne peut le soulever entièrement. Les craquements persistent dans l'articulation. Rate toujours augmentée de volume. La mère sèvre son nourrisson parce qu'elle n'a plus de lait. Troisième radiographie : La tache de décalcification est bien limitée et diminuée de surface.

On pratique des injections sous-cutanées de novarsenobenzol avec 0 gr. 02 puis 0 gr. 04.

Le 10 avril 1925 : Poids 4.620 grammes. L'enfant a reçu 0 gr. 32 de novarsenobenzol en 10 injections. Il remue très bien ses membres et fait tous les mouvements. Il n'y a plus de craquements dans l'articulation. Le teint est rose, la rate normale.

Quatrième radiographie : les lésions osseuses ont presque complètement disparu.

Le 31 juillet 1925 : (8 mois 1/2). Poids 6 kg. 330. Taille 68 centimètres. A eu 2 séries de 15 frictions mercurielles depuis avril. Assez bon aspect mais poids insuffisant, gros ventre et léger chapelet costal. Aplatissement du côté gauche du crâne, l'enfant ayant reposé exclusivement sur ce côté, tant qu'il souffrait de l'épaule droite.

Le 2 décembre 1925 : 12 mois — crâne consolidé. Fontanelle large. Léger rachitisme. 5 dents. Mouvements de l'épaule normaux. B. W. et Hecht toujours positifs. Nouvelle série de 10 injections de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 de novarsenobenzol.

Le 29 janvier (14 mois. Poids 9.400 grammes. Mis en nourrice en province en mars 1926. N'a pas été revu. Mais la

mère a écrit à la date du 1<sup>er</sup> novembre 1926 (2 ans) que l'enfant allait bien .

#### OBSERVATION VII

(M. le D<sup>r</sup> Comby, *Bulletin de la Société de Pédiatrie*,  
1906, p. 114.)

A propos de la communication de M. Marfan sur un cas d'épanchement purulent amicrobien, au cours d'une maladie de Parrot (obs. I), M. Comby rapporte qu'il a eu l'occasion de soigner un cas semblable : gonflement fluctuant de l'épaule.

Cette affection qui paraissait être du ressort d'un traitement chirurgical a guéri par 8 frictions mercurielles.

#### OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le traité de Taylor, *Syphilitic lesions of the osseous system in infant, and young children*. New-York, 1875.)

Nouveau-né de 6 semaines présentant comme stigmates héréditaires des syphilides papuleuses à la face, très étendues.

La partie inférieure de l'humérus présentait un gonflement irrégulier, élargissant transversalement le diamètre de l'os pour le faire atteindre 6 à 7 centimètres. Cette tuméfaction faisait fortement saillie en arrière.

L'articulation sous-jacente contenait nettement une petite quantité de sérosité ; ses mouvements étaient douloureux.

A la partie inférieure du tibia gauche, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole, existait un gros gonflement, fluctuant en son centre.

L'incision ramena un pus jaune brun, de consistance gommeuse, contenant au microscope des granulations et quelques myéloplaxes.

Derrière cette intumescence existait une disjonction diaphyso-épiphysaire avec mouvements anormaux et crépitation.

L'enfant a guéri par le traitement anti-spécifique : Hg. cum creta et iodure.

## OBSERVATION IX

(M. J. Parrot, Société de Biologie, 4 mai 1872.)

Enfant de 55 jours atteint de lésions syphilitiques de la peau et des muqueuses, très nettes et étendues.

L'enfant meurt de pleuro-pneumonie double et de péricardite.

L'autopsie montre des lésions osseuses multiples d'ostéochondrite. En outre l'articulation huméro cubitale droite renferme une certaine quantité de pus qui a fusé vers le haut et en arrière. Il n'existe plus de cartilage sur la portion articulaire du cubitus. Une coupe faite suivant le grand axe de cet os, et d'avant en arrière, montre que le tissu spongieux qui avoisine la partie privée de cartilage est jaunâtre et que ses aréoles sont remplies par une matière qui a la couleur et la consistance du pus, et qui forme une collection dans une cavité du volume d'un grain de chènevis, à 15 millimètres de

l'extrémité olécranienne. Dans sa région supérieure la diaphyse est couverte par une couche osseuse nouvellement formée, plus mince mais plus étendue en arrière qu'en avant.

La matière puriforme est constituée :

1° Par une quantité considérable de granulations très réfringentes et manifestement graisseuses ;

2° Par des corps sphéroïdaux dus au groupement des molécules graisseuses autour d'un noyau irrégulièrement sphéroïdal et comme flétri.

## OBSERVATION X

(M. J. Parrot, *Archives de Physiologie*, 1872. Obs. II.)

Enfant de 2 mois, atteint de syphilis héréditaire avec manifestations cutanées (éruption papuleuse, ulcération anales) présentant en outre une inertie et une flaccidité remarquable des membres, mais sans paralysie vraie.

La mort a lieu au deuxième jour d'un traitement par la liqueur de Van Swieten. L'autopsie montre l'existence d'une hépatisation pulmonaire, de végétations des valvules du cœur, et de lésions multiples du système osseux : inflammation avec ramollissement localisé à l'extrémité de la diaphyse qui touche au cartilage, décollement des épiphyses.

L'articulation scapulo-humérale gauche renferme en outre une matière liquide, jaune verdâtre, qui ressemble à du pus.

## OBSERVATION XI

(Valleix, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1834.)

Fillette âgée de 10 jours présentant quelques troubles digestifs et une impotence fonctionnelle douloureuse du bras gauche. A 20 jours, apparition au-dessus de l'articulation radio-carpienne droite d'une tumeur volumineuse et douloureuse très nettement fluctuante entourant entièrement le radius. Mauvais état général.

Le lendemain apparition d'une nouvelle tumeur fluctuante et douloureuse au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche, soulevant le deltoïde. Mort dans le collapsus le lendemain.

A l'autopsie on trouve dans l'articulation de l'épaule une once de pus blanc, peu consistant et sans odeur. Il y a décollement complet de l'épiphyse, d'où résulte une sorte de fausse articulation, à surface rougeâtre et rugueuse qui baigne entièrement dans le pus. Les parois de l'abcès sont formées par le périoste décollé. On retrouve les mêmes lésions à l'extrémité inférieure du radius, aux extrémités des tibias, devant le sacrum.

## SYMPTOMATOLOGIE

Les pyoarthroses syphilitiques des nouveau-nés empruntent une bonne partie de leur symptomatologie à celle de la maladie de Parrot, dont elles ne sont d'ailleurs qu'une complication.

Le plus souvent en effet, l'enfant est amené au médecin, parce qu'il présente un membre inerte, comme paralysé ou bien qu'il reste immobile et crie dès qu'on le touche. Parfois les parents ont remarqué qu'une jointure ou plusieurs étaient enflées.

On se trouve alors en présence d'un jeune nourrisson de moins de 3 mois en général, présentant habituellement un état de dénutrition assez marqué. Certains ont un poids nettement inférieur à celui des enfants de leur âge ; d'autres ont gardé à 1 ou 2 mois, le poids de leur naissance (obs. I) ; d'autres enfin pèsent moins qu'à leur premier jour de vie et présentent un degré d'hypothrepsie plus ou moins avancé (obs. II). Parfois cependant le poids de l'enfant est sensiblement normal (obs. III). Cet état de dénutrition a pour caractère de s'être établi progressivement et le plus souvent sans cause appréciable. Dans un seul cas (obs. III) l'enfant avait présenté des troubles digestifs, consistant en

vomissements habituels. Cette dénutrition cliniquement inexplicable, comme ces vomissements habituels doivent déjà attirer l'attention vers une hérédo-syphilis (Marfan).

L'examen du petit malade apporte deux ordres de symptômes :

1<sup>o</sup> Des signes de maladie de Parrot ;

2<sup>o</sup> Des signes d'arthrite suppurée.

Les signes de la maladie de Parrot consistent en une inertie plus ou moins complète d'un ou plusieurs membres qui restent immobiles sur le lit ou pendent, flasques, quand on soulève l'enfant. Aux membres supérieurs le coude est habituellement fléchi, l'avant-bras en pronation, les doigts repliés dans la paume de la main (Parrot). Cependant il n'y a pas paralysie vraie : on note au niveau des membres touchés, de petites secousses spontanées, secousses que l'on peut encore provoquer en pinçant légèrement la main ou le pied.

On remarque aux extrémités des os longs une tuméfaction dure, régulière et élargissant la diaphyse dans tous ses diamètres, ou bien plus développée d'un côté, formant une exostose limitée (Marfan, M. Labbé). Cette tuméfaction osseuse est en général douloureuse à la pression.

Les disjonctions épiphysaires sont moins souvent constatées. Il est d'ailleurs prudent de s'abstenir de les rechercher.

Les abcès articulaires se signalent par une tuméfaction d'une jointure, tuméfaction qui est tendue ou rénitente, plus souvent molle et même nettement fluc-

tuante, et qui fait contraste avec la maigreur des segments de membres adjacents.

La peau qui la revêt est saine, ne présentant ni rougeur, ni infiltration (sauf dans l'obs. V) ; dans un cas même elle était plus mince et plus pâle que du côté opposé (obs. I).

La palpation de l'articulation et sa mobilisation sont douloureuses, mais d'une façon modérée habituellement. Les membres reposent dans des attitudes spéciales de relâchement : abduction pour l'épaule, demi-flexion pour le genou.

Parfois on observe une atrophie précoce des muscles voisins de l'articulation malade (obs. III). Les symptômes généraux sont habituellement nuls, la température est normale ou ne présente qu'une élévation passagère sans rapport avec l'évolution particulière de l'arthrite.

En somme, l'examen ne révèle que des signes d'hydarthrose ou de pyo-arthrose d'allure torpide sans signes d'infection.

Les symptômes traduisant l'épanchement articulaire peuvent d'ailleurs être très frustes et passer facilement inaperçus : le pus est alors une trouvaille d'autopsie (obs. de Valleix, obs. IV).

Quant aux stigmates d'hérédos-spécificité, ils sont très souvent peu marqués. Le plus constant, parmi eux, semble être la dénutrition progressive, que rien n'explique cliniquement, et qui persiste et s'aggrave malgré les différents régimes et les diverses médications, autres que l'anti-syphilitique, auxquels l'enfant est soumis. On

pourra en outre constater la présence d'une splénomégalie, de ganglions épitrochléens, de coryza spécifique, de lésions cutanées ou muqueuses caractéristiques. La réaction de Bordet-Wassermann est habituellement positive, en totalité ou partiellement surtout après réactivation.

L'examen radiographique apporte toujours d'utiles renseignements. On note d'abord les signes habituels de l'ostéo-chondrite syphilitique : dépôts ostéo-phytiques sur la surface de la diaphyse, avec élargissement de celle-ci et déformation de ses bords qui sont irréguliers ; zones de densification et de décalcification siégeant surtout aux extrémités diaphysaires ; enfin parfois courbures des os longs. Comme le fait remarquer Paterne dans sa thèse, la syphilis osseuse des nouveau-nés ne reste pas, en effet, limitée à la région juxta-épiphysaire où le travail d'ossification intense à cette date de la vie l'avait attirée. Elle s'étale, occupe la diaphyse sous-périostée et pénètre en profondeur beaucoup plus que Parrot ne le supposait.

L'atteinte de l'articulation se manifeste par deux signes rencontrés dans nos observations avec une égale fréquence. D'abord la distension de l'articulation, plus ou moins grande, et que l'on peut apprécier par l'écartement anormal des surfaces articulaires, écartement qui peut atteindre jusqu'à 3 centimètres (obs. I) ; puis un processus destructif parfois très étendu de la tête articulaire, véritable perte de substance entamant en croissant, en cupule, le contour osseux et qui, dans le cas publié par Dembo, portait sur la diaphyse même sur une assez grande longueur.

Des examens radiographiques répétés, à intervalles réguliers nous permettront en outre de noter les effets du traitement, et de suivre les étapes successives de la guérison, jusqu'à la restitution *ad integrum* de l'article malade, qui est de règle.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pseudo-paralysie de Parrot est en général facile : l'impotence fonctionnelle sans paralysie vraie, la douleur à la mobilisation, parfois la constatation d'une disjonction épiphysaire, chez un tout nouveau-né présentant d'autre part des signes plus ou moins nets d'hérédospécificité, forment un ensemble bien caractéristique qui ne permet pas une hésitation prolongée.

Plus délicat est celui des arthrites qui peuvent compliquer la maladie de Parrot et surtout celui de leur nature syphilitique. La connaissance exacte de la nature micro-biologique de ces arthrites a cependant une très grande importance tant pour le traitement que pour le diagnostic. La sanction thérapeutique sera en particulier totalement différente s'il s'agit d'une pyoarthrite syphilitique pure, ou d'une arthrite aiguë septique : d'ordre uniquement médical dans le 1<sup>er</sup> cas, elle consistera au contraire dans le second cas en une intervention chirurgicale, toujours plus grave.

Le diagnostic positif repose sur la constatation chez un nouveau-né atteint d'ostéo-chondrite syphilitique, en général au niveau d'une seule articulation, d'une tumé-

faction rénitente ou fluctuante, le plus souvent peu volumineuse, d'aspect froid, sans chaleur, ni rougeur, sans infiltration œdémateuse des régions voisines. La palpation et la mobilisation sont parfois douloureuses.

Le développement de la tumeur n'a pas revêtu habituellement une allure rapide. Son apparition n'a été marquée par aucuns phénomènes généraux : pas de fièvre, pas de dénutrition rapide, pas de troubles digestifs, pas de facies infectieux.

Si le pus est quelque peu abondant, la radiographie le montrera, distendant la synoviale, écartant les surfaces articulaires les unes des autres. En outre elle révélera les destructions osseuses ou cartilagineuses, les pertes de substance possibles de ces mêmes surfaces articulaires.

La ponction enfin doit toujours être pratiquée. Elle seule pourra lever tous les doutes et faire poser le diagnostic bactériologique précis dont découlera le traitement et le pronostic. Elle montrera la présence dans l'articulation d'un pus, souvent à polynucléaires, ne contenant aucun germe décelable, ni à l'examen direct, ni après cultures sur les milieux usuels.

Le diagnostic différentiel de l'arthrite n'offre le plus souvent aucune difficulté quand le pus est moyennement abondant, distendant la synoviale.

Mais il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'un épanchement purulent léger, surtout au niveau de l'épaule, peut passer cliniquement inaperçu. La ponction exploratrice et l'examen radiographique sont ici

d'un grand intérêt. Une seule maladie peut, par certains de ses caractères, prêter à confusion avec la maladie de Parrot : c'est le Scorbut infantile, dont il ne faudra pas confondre les tuméfactions épiphysaires avec une pyoarthrite. Mais dans cette maladie il existe un gonflement des extrémités osseuses ; les douleurs sont plus localisées au cartilage conjugal ; il y a des hémorragies concomitantes ; enfin la notion de l'âge du petit malade, qui généralement a dépassé six ou huit mois, et surtout celle de l'alimentation nettement carencée à laquelle il a été soumis pendant plusieurs mois, emportent le diagnostic.

L'arthrite reconnue, il s'agit d'en déterminer l'étiologie. Est-on en présence d'une arthrite syphilitique ou d'une arthrite aiguë, septique, développée chez un hérédo syphilitique ? L'examen bactériologique du pus articulaire peut seul répondre affirmativement.

S'il est habituel en effet que les pyo-arthrites septiques des nourrissons évoluent en présentant des signes généraux assez marqués, il n'est cependant pas exceptionnel de voir des épanchements articulaires, contenant de nombreux germes (surtout du pneumocoque) ne toucher que très peu l'état de santé de l'enfant, et évoluer assez souvent vers la guérison, d'une façon lente après une simple ponction. Gasne, puis Bulkley, enfin Benoiste-Pilloire, dans sa thèse, ont insisté sur l'importance de ces arthrites atténuées. Mais le plus souvent les phénomènes infectieux dominent la scène et leur intensité est telle que les symptômes locaux peuvent passer inaperçus : la température s'est élevée

à 39°-40° ; l'enfant ne dort pas, mais crie et pleure ; il tette mal, maigrit rapidement.

Le poulx est petit et incomptable. Les symptômes sont apparus d'une façon rapide en quarante-huit heures, parfois plus soudainement encore. L'évolution est fatale dans 1/3 des cas (Herrick).

L'aspect de l'articulation touchée, les commémoratifs, la marche des symptômes présentent une allure un peu spéciale, selon le germe pathogène causal, ce qui permet, avant toute ponction, de faire parfois un diagnostic bactériologique de présomption.

Dans les arthrites à pneumocoques, les plus fréquentes, on trouve assez souvent une porte d'entrée à l'infection. D'après Netter, ce serait une pneumonie dans 36 % des cas, une otite dans 52 % des cas, plus rarement une entérite, une stomatite, une rhinite ou rhino-pharyngite, une péritonite, une conjonctivite. Le pneumocoque ne touche qu'une seule articulation dans 73 % des cas (Bulkley). Localement on note comme signe le plus constant une énorme tuméfaction de la jointure, avec œdème péri-articulaire important, avec absence de rougeur cependant.

Le pus, en grande quantité, tend à percer la synoviale et à venir fuser dans les espaces inter-musculaires et sous la peau : La radiographie montre peu de lésions osseuses (Gasne).

Les arthrites à staphylocoques, et surtout celles à streptocoques revêtent en général des formes graves, suraiguës. Elles s'accompagnent de lymphangite, d'engorgement des ganglions tributaires. L'état général est très

mauvais : l'enfant ne dort pas, ne mange pas, vomit, présente une fièvre élevée, à grandes oscillations.

Le gonocoque va rarement jusqu'à la suppuration. Plusieurs articulations, 5-6-7, sont atteintes à la fois, l'œdème péri-articulaire est peu marqué, on retrouve la lésion muqueuse d'où est partie l'infection : vulvite ou conjonctivite blennorragique.

Le rhumatisme articulaire aigu est exceptionnel Raudefuss, d'après Hensch, l'aurait rencontré cinq fois sur 1.500 enfants. Widerhofer, sur 70.000 nourrissons, ne l'aurait vu qu'une seule fois. Les symptômes articulaires sont méconnus et le diagnostic ne se fait habituellement qu'à l'apparition des lésions cardiaques.

Les arthrites tuberculeuses enfin, rares à cet âge, revêtent une allure chronique, sauf parfois dans certaines formes aiguës, mais qui s'observent alors chez de plus grands enfants. L'anamnèse, la présence d'une cuti-réaction à la tuberculine positive poseront le diagnostic.

On voit que le diagnostic de l'arthrite syphilitique accompagnant la maladie de Parrot, d'avec les arthrites septiques, est habituellement facile.

Dans les cas où l'allure chronique de l'affection pyogène pourrait faire hésiter, l'épreuve du traitement anti-syphilitique sera le suprême argument. Sous son influence, les phénomènes locaux, comme les troubles généraux, s'amenderont d'une façon remarquablement rapide, l'enfant reprendra du poids, la tumeur articulaire diminuera, tandis que l'examen radiographique montrera ultérieurement la réparation complète des lésions osseuses ou cartilagineuses.

## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des arthrites suppurées amicrobiennes qui accompagnent l'ostéochondrite syphilitique des nouveau-nés n'est pas aussi sombre que Parrot l'avait avancé. Il s'oppose par cela même à celui des arthrites septiques, par infection secondaire, toujours très graves. Dans cette statistique qui porte sur 11 cas, nous relevons bien quatre évolutions mortelles, mais ce fait ne doit pas influencer sur notre opinion. Dans deux cas en effet (obs. X et XI) l'enfant n'a reçu aucun traitement spécifique; dans un troisième cas (obs. IX) ce traitement avait été institué deux jours avant l'issue fatale; dans ces trois observations l'autopsie montra, outre des lésions syphilitiques viscérales complexes, des lésions inflammatoires des poumons ou du cœur qui suffiraient à elles seules, à expliquer la mort. Reste donc le cas V, d'autant plus troublant que la pseudo-paralysie s'est ici établie malgré un traitement préventif, à vrai dire léger, par les injections de sulfarsenobenzol; et que l'évolution s'est faite progressivement vers la mort malgré une thérapeutique intensive, cette fois. Mais là encore l'autopsie a révélé la vraie cause de la mort, en confirmant l'existence de lésions que l'examen clinique

avait permis de noter : à savoir des lésions de pyélonéphrite, des lésions de broncho-pneumonie massive. Le pronostic vital est donc bon en général. Il dépend, non pas de l'intensité ou de l'étendue des lésions ostéo-articulaires, mais de *l'importance de l'atteinte viscérale syphilitique*, de l'état si spécial d'athrepsie, de cachexie, très fréquemment rencontré chez les hérédosyphilitiques et qui est un terrain très propice à toutes les infections. Dans les 4 cas terminés par la mort, que nous rapportons, le décès fut manifestement dû à une infection générale. C'est aussi l'infection générale que trouva Barbier comme cause de mort, dans les 2 cas de maladie de Parrot qu'il put examiner à l'amphithéâtre, et qui faisaient d'ailleurs partie d'une série de 6 cas, dont les quatre autres ont parfaitement guéris.

Les fautes de régime alimentaire et surtout la privation du sein maternel, par les troubles digestifs si fréquents et parfois si graves qu'elles provoquent, jouent aussi un rôle dans l'évolution de la maladie.

De même que le pronostic vital, le pronostic fonctionnel des articulations touchées par la suppuration est excellent. L'abondance du pus, le fait qu'il contient ou non des polynucléaires ; l'importance des lésions osseuses ne semblent guère avoir d'influence sur l'évolution de la maladie. Sous l'effet du traitement l'épanchement se résorbe rapidement, puis les ulcérations osseuses se comblent en même temps que les taches de décalcification disparaissent des ombres radiographiques. La guérison clinique précède toujours d'ailleurs la guérison anatomique, comme le montrent les radio-

graphies prises à certains intervalles de temps. Il n'y a pas de séquelles. La restitution fonctionnelle de l'articulation se fait *ad integrum*. On note parfois quelques craquements articulaires (obs. III), une légère atrophie musculaire réflexe, sans réaction de dégénérescence (obs. II). La durée totale de la maladie est de deux ou trois mois, quelquefois un mois (obs. III). Il va sans dire qu'elle dépend en partie de la précocité du traitement anti-syphilitique institué et de son intensité.

Comme thérapeutique, la plupart des auteurs ont recours chez le nourrisson, au mercure, et, parmi les nombreuses formes sous lesquelles ce médicament peut être administré, leur faveur va aux frictions faites avec l'onguent Napolitain. Ces frictions peuvent d'ailleurs être associées ou intercalées avec la prise par la bouche de lactate d'hydrargyre (XV à XVIII gouttes par jour de la solution au millième). Sutherland recommande les injections intramusculaires de salicylate de mercure en solution huileuse. Taylor a employé dans un cas, et avec succès les paquets de poudre grise (Hg. cum creta) associés à l'iodure. Il y a avantage à varier les médicaments, et M. Marfan a l'habitude d'ordonner une série d'injections de novar- ou de sulfarsenobenzol (10 à 12) pour compléter le traitement mercuriel. Les injections d'arsenobenzol doivent être très prudentes, du moins au début, à cause de la cachexie souvent si marquée des sujets. On commencera par un quart ou un demi-centigramme, pour augmenter très lentement, sans jamais dépasser 3 centigrammes, en surveillant attentivement les réactions que l'enfant pourrait pré-

senter du côté de son tube digestif. Le régime alimentaire et l'hygiène générale du nourrisson ont une grande importance ; en particulier, on laissera l'enfant au sein maternel, sinon on lui procurera du lait de femme. Pour éviter la contamination de la nourrice, le lait de celle-ci sera tiré au moyen d'un succipompe et administré ensuite dans un biberon.

Il va sans dire que le traitement anti-syphilitique sera poursuivi longtemps, bien après la disparition des phénomènes pseudo-paralytiques et articulaires qui avaient commandé son institution, sous le double contrôle de la clinique et du laboratoire.



## CONCLUSION

1° L'ostéo-chondrite syphilitique des nouveau-nés, cause de l'impotence pseudo-paralytique (maladie de Parrot) peut s'accompagner de pyarthroses. Autrefois on avait avancé que ces pyarthroses étaient dues à une injection surajoutée ; et en effet dans certaines observations on avait trouvé dans le pus des articulations des microbes pyogènes (pneumocoques, streptocoques...). Mais M. Marfan et ses élèves ont montré que dans de nombreux cas, par les procédés d'examens usuels, on ne pouvait pas mettre en évidence la présence de microbes, et ils en ont conclu que c'était sans doute le tréponème qui déterminait à la fois l'ostéo-chondrite et l'arthrite. L'efficacité remarquable du traitement sur cette forme d'arthrite est venue confirmer ces vues.

2° Les arthrites, le plus souvent mono-articulaires siègent fréquemment à l'épaule (7 cas sur 12).

3° Leur diagnostic se fait par la coexistence chez un nouveau-né, présentant ou non des stigmates d'hérédosyphilis, des signes de la pseudo-paralytie de Parrot

et d'une tuméfaction de l'articulation avec présence de liquide dans la cavité, à marche relativement torpide. La radiographie décèle souvent des lésions importantes des surfaces articulaires.

4<sup>o</sup> Leur pronostic, comme celui de la maladie de Parrot, dépend, non de l'intensité des signes articulaires, mais de la gravité des lésions viscérales syphilitiques. Ce pronostic est d'ailleurs, contrairement à l'opinion de Parrot et d'autres auteurs, favorable dans la plupart des cas et l'arthrite guérit lentement, mais sans laisser de sequelles.

5<sup>o</sup> Le traitement est uniquement d'ordre médical : le mercure est le médicament de choix ; mais il est bon d'y associer la médication arsénicale.

Vu : le Président de la thèse,

MARFAN

Vu : le Doyen,  
ROGER.

Vu et permis d'imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- AGATHES. — Arthrites métapneumoniques et arthrites à pneumocoques. Thèse de Paris, 1901.
- APERT ET CAMBASSEDES. — Les arthrites purulentes aiguës aseptiques *Presse médicale*, 26 nov. 1919, p. 713.
- BARBIER. — Six cas de maladie de Parrot. *Archives de médecine des Enfants*, 1921-1924, p. 178.
- BARGIONI. — De la variole et de la syphilis chez un enfant nouveau-né. *Société de Biologie*, 1864, p. 178.
- BARENSPRUNG (VON). — Die hereditäre syphilis. Berlin, 1864.
- BERTIN. — *Traité des Maladies vénériennes des nouveau-nés*, 1810.
- BONNET ET GARNIER. — Pseudo-paralysie de Parrot. Guérison rapide par injection intra-musculaires de novarsénobenzol. *Lyon Médical*, 1913.
- BROCA (A.). — Arthrite suppurée de la hanche chez un nouveau-né prématuré. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1902, *Cliniques de chirurgie infantile*, 1905.
- Aspects cliniques de la syphilis articulaire. Origine traumatique possible. *Presse Médicale*, 1921.
- BROCA (R.) ET ZUBER. — Arthrites suppurées dans la maladie de Parrot. Guérison rapide par les frictions mercurielles. *Société de Pédiatrie*, 21 décembre 1926.
- BULKLEY. — Arthrites à pneumocoques. *Annals of Surgery*, 1913, t. 59, p. 71.

- COMBY. — Un cas d'arthrite suppurée guérie par le traitement spécifique. *Société de Pédiatrie*, 1906, p. 114.
- CORNINGTON. — Arthrite suppurative chez un syphilitique. *Revue Mensuelle des maladies des enfants*, 1885, p. 295.
- DEMBO (L.-H.), LICHTFIELD (H.-A.) ET FOOTE (J.-H.). — Lésions osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire. *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 1922, t. 78 p. 319.
- DUDGEON ET BRANSON. — Arthrites à pneumocoques du nouveau-né. *The lancet*, 1903.
- DUPÉRIÉ ET BOISSERIE-LACROIX. — Ostéo-épiphysite de l'extrémité inférieure du cubitus dans un cas de syphilis héréditaire précoce; avec déformation secondaire du plexus antébrachial. *Gaz. hebd. des Sciences Med., de Bordeaux*, 1921, p. 119.
- DUPONT (R.) ET PEYRE (E.). — Un cas de pseudo-tumeur syphilitique suppurée. *Société de Chirurgie*, 20 nov. 1923 p. 1366.
- ELMER JOHNSON (F.). — Arthrites suppurées aiguës chez l'enfant. *Americ. journ. of diseases of Children*, 1921.
- GASNE. — Les arthrites à pneumocoques chez les enfants. *Revue d'orthopédie*, 1908, p. 225.
- GAUCHER. — Arthropathies et syphilis héréditaire. *Journal de médecine interne*, 1<sup>er</sup> juillet 1906, p. 191.
- GILBERT. — Disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques. Pseudo-paralysies syphilitiques des nouveau-nés (Maladie de Parrot). Thèse de Paris, 1899.
- GUÉNIOT. — *Gazette des hôpitaux*, 9 février 1869.
- GUTTERBOCK. — Über hereditäre syphilitische Erkrankungen der gelinke. *Archives für Klin. Chirurg.*, 1883,

- t. 31, p. 288; *Société de Médecine de Berlin*, 11 juin 1884. *Semaine médicale*, 19 juin 1884.
- HALLEZ. — Arthrite suppurée aseptique scapulo-humérale chez un nourrisson de 4 semaines, atteint de pseudo-paralysie de Parrot. Guérison. *Société de Pédiatrie*, 1922, p. 273 ; *La Médecine*, août 1922.
- HEUBNER. — Die Syphilis im Kindesalter. *Gehrardt's Handbuch der Kinderkrankheiten* 1896, p. 339.
- HOCHSNIGER. — *Studien über die hereditäre Syphilis*, II, 1904.
- HUTAN. — Arthrites aiguës des nouveau-nés. Thèse de Paris, 1905.
- KIEN (G.). — Parrotsche Pseudoparalyse. *Deutsch. Mediz. Wodenschrift*, 1905, t. 32, p. 408.
- KIRMISSON ET JACOBSON. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire. *Revue d'orthopédie*, sep. et nov. 1897.
- LABBÉ (MARCEL). — Syphilis héréditaire et exostoses. *Revue d'orthopédie*, 1<sup>er</sup> mars 1897 ; *Presse Médicale*, 1900, p. 195.
- LACASSE. — Des arthrites suppurées de cause inconnue chez les nourrissons. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1903.
- LANNELONGUE. — *Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie*. Bordeaux, août 1895.
- LEVY. — *Grace hospit. Bullet.* Détroit, 1916-1917, p. 15-19.
- MARCUS. — Un cas de maladie de Parrot guéri par le néosalvarsan et les frictions au mercure. *Arch. pédiat. New-York*, 1924, t. 41, p. 273.
- MARFAN (A.-B.). — Suppurations articulaires et extra-articulaires dans la pseudo-paralysie des nouveau-nés syphilitiques. *Revue mensuelle des maladies de*

*l'enfance*, mai 1906 ; *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1906, p. 104

MARFAN (A.-B). — Maladie de Parrot. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1916, p. 276.

MONCORCO FILHO. — De la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot. Cas terminés par la guérison. *Gaz hebd. de médec. et de chirurgie*, 1892 et 1896 ; *Annales de Dermat. et syphiligraphie*, 1898.

OBERWORTH. — Zur kenntniss der syphilitischen Pseudo-paralyse. *Jahrbuch für Kinderheilk*, mai 1899, p. 463.

PARROT. — Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire. *Archives de physiologie*, 1872.

— Deux observations d'abcès développés au niveau d'os syphilitiques. *Société de Biologie*, 16 mars 1872 et 4 mai 1872.

— *Syphilis héréditaire et Rachitisme*, publiée par Troisième, Paris, 1886.

PATERNE. — Sur 5 cas de maladie de Parrot. Thèse de Paris, 1921.

PÉHU. — La syphilis infantile. *La Médecine infantile*. Paris, 1924, p. 262.

PFAUNDLER. — Syphilis osseuse et syphilis héréditaire. *Traité*, 1910.

PILLON. — Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. Thèse de Lyon, 1914.

PLANCHER. — Un cas de maladie de Parrot chez un nourrisson de 9 mois. *Lyon médical*, 1908, p. 1031.

RAILLET. — Sur les pyarthrites aiguës des nourrissons. *Revue d'orthopédie*, 1909, p. 165.

RIBADEAU-DUMAS ET CAMUS (P.). — Arthrite aiguë suppurée

- chez un hérédo-syphilitique. *Société de Pédiatrie*, 1908, p. 223.
- ROBERTS. — L'hérédo-syphilis facteur d'affections articulaires. *Americ. journ. of surgery*, N.-Y., 1923, t. 37, p. 102.
- Syphilitic joint disease simulating tuberculosis. *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 9 février 1918, p. 372.
- ROBINSON (BETHAM). — Syphilitic joints disease in children. *Brit. medic. journal*, 16 mai 1896.
- ROCAZ. — Maladie de Parrot traitée par le quinio-bismuth. *Bullet. et Mémoires de la Soc. de Méd. de Bordeaux*, 1922, t. 25, p. 283.
- ROUGIER. — Etude des épanchements articulaires dans l'hérédo-syphilis tardive. Thèse de Paris, 1924.
- ROYSTER (L. T.). — Maladie de Parrot. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1909, t. 53, p. 918.
- SALOMON. — Arthrites multiples suppurées à pneumocoques chez un syphilitique héréditaire. *Bullet. Soc. de Pédiatrie*, 17 février 1903, p. 84.
- SCHERER. — Die Parrot'schen Pseudoparalysen bei angeborener Syphilis. *Jahrb. für Kinderheilkund*, 1902, p. 550.
- SCHÜLLER. — Arthropathies hérédo-syphilitiques. *Arch. f. Klin. chirurg.*, 1883, p. 473.
- SETTI. — Sulla pseudo-paralisi eredo-sifilitica, o malattia dei Parrot. *Gazetta degli ospidali*, 1906, p. 792.
- STEFANO (DE). — 35 cas de maladie de Parrot. *Pediatria*, Napoli, 1920-1928, p. 161.
- SOMMA. — Des arthropathies chez les très jeunes enfants syphilitiques. *Giornale internaz. delle Sc. medic.*, 1882.
- SUTHERLAND. — Effets du traitement sur les lésions osseuses

syphilitiques *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1923,  
t. 81, p. 1752.

TAYLOR. — *Syphilitic lesions of the osseous syst. in inf. and young children*. New-York, 1875.

THIBIERGE. — Absès d'origine osseuse chez un nouveau-né présentant des lésions syphilitiques du fémur. *Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris*, 1888.

VALLEIX. — *Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris*, 1834.

WEGNER. — *Archives de Médecine*, 1872, p. 345.

ZAPPERT. — Beitrag zur sogenannten Pseudoparalysen hereditär-syphilitischer Säuglinge. *Jahrbuch f. Kinderheilk*, février 1898.

---

8786 — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-27

---





